

جنون چیست؟

فهرست مطالب

۹	دیباچه
۱۳	سخن مترجم
۱۵	مقدمه
۲۳	فصل اول: جنون خاموش
۵۱	فصل دوم: میانی
۸۷	فصل سوم: روان پریشی
۱۱۵	فصل چهارم: زبان و منطق
۱۳۷	فصل پنجم: تشخیص گذاری
۱۶۳	فصل ششم: علل روان پریشی
۱۹۹	فصل هفتم: راه اندازی
۲۱۹	فصل هشتم: به ثبات رسیدن و خلق کردن

دیباچه

از زاویه شبه‌عقلی بیگانه‌شده ما، همه چیز مبهم است. سلامت عقل ما، سلامت عقل "واقعی" نیست. جنون آنها، جنون "واقعی" نیست. جنون بیماران ما محصول تخریبی است که توسط ما و خودشان بر سرشان آمده است.

آر. دی. لنگ؛ تجربه متعالی در ارتباط با مذهب و روان‌پریشی

این کار فوق‌العاده دیگری از دکتر نهاله مشتاق در راه معرفی کارهای روانکاوان بین‌المللی صاحب‌نام به جامعه بهداشت روان ایران است. بی‌شک تا به حال هزاران کتاب در مورد جنون نوشته شده‌اند اما انتخاب این کتاب خاص برای ترجمه، خود شاهدهی است بر فراست بالینی مترجم که می‌داند چه نوع کتابی ارزش دارد تا وقت و انرژی صرف خواندن و ترجمه آن شود. هدف دکتر مشتاق از ترجمه حاضر، بیشتر از آن‌که معرفی بحث‌های بالینی و نظری در مورد سوال "جنون چیست؟" باشد، ترغیب کردن ما به اندیشیدن در مورد این سوال است. به عبارت دیگر او کاری ارائه داده است که تفکر ما را در مورد یکی از مناقشه‌برانگیزترین موضوعات این رشته به تحرک وامی‌دارد.

جنون ابرمعمای همه معماهای بشر است. این ایده که برای درک جنون، دی اس ام کفایت می‌کند، به خودی خود نشانه‌ای از جنون است. کتاب‌های مشهور بی‌شماری بر تاریخچه جنون، جنون و تمدن یا جنون در تمدن به رشته تحریر درآمده‌اند، اما در این کتاب داریان لیدر بحث خود را به شیوه‌ای غیرمتعارف آغاز می‌کند. او معتقد است "فرد می‌تواند مجنون باشد، اما مجنون نشود." هذیان و سلامت عقل را نمی‌توان به‌طور

کامل از هم متمایز دانست.

جنون متضاد بهنجاری نیست و هذیان دشمن سلامت عقل محسوب نمی‌شود. حتی ممکن است که جنون و هذیان به لحاظ آماری، تبدیل به کارکرد بهنجار یک خانواده یا یک جامعه شوند. عقاید یا علائم هذیانی ممکن است بخشی از ساختار روانی بسیاری از کسانی باشند که در ظاهر "سالم" دیده می‌شوند. آر. دی. لنگ روانپزشک انگلیسی می‌گفت: "اغلب اوقات بهنجاری [به معنی] صرف نظر کردن از پتانسیل‌های واقعی مان است."

به این ترتیب لیدر دامنه جنون را آنقدر گسترش می‌دهد تا در نهایت مثل دی اس ام، همه ما به آسانی در یکی از طبقه‌های جنون جا بگیریم یا حداقل بپذیریم که جنون، بخشی از وجود تک‌تک ما است. از نظر لیدر جنون در شکل پارانوایا، ملانکولی و اسکیزوفرنی بیش از آن‌که در ایده یا هذیان وجود داشته باشد، در قطعیت و انعطاف‌ناپذیر بودن نهفته است. به یک معنا جنون بیماری وانمود کردن و متقاعد شدن است. این ایده یادآور کارل ویتاگر، روانپزشک مشهور آمریکایی است که در نیمه قرن بیستم با اسکیزوفرنی کار می‌کرد و یکی از بنیان‌گذاران خانواده درمانی در ایالات متحده در دهه ۱۹۶۰ بود. او در نتیجه کار با بیماران اسکیزوفرنیک و خانواده‌هایشان، متقاعد شده بود که همه ما اسکیزوفرنیک هستیم و در یک دنیای وانمودی زندگی می‌کنیم. ما هم مجنونیم، اما فاقد یکپارچگی بیماران اسکیزوفرنیک هستیم. از نظر ویتاگر ما در جهانی مملو از فریب‌کاری زندگی می‌کنیم. من وانمود می‌کنم تو دنیا را آن‌طور می‌بینی که من می‌بینم و تو وانمود می‌کنی که من دنیا را آن‌طور می‌بینم که تو می‌بینی. این یک دروغ اساسی است. برای هیچ‌یک از ما امکان‌پذیر نیست که دنیا را آن‌طور که دیگری می‌بیند، ببینیم. ما فریب‌کاریم و وانمود می‌کنیم که [این] امری واقعی است. اما اسکیزوفرنیک‌ها به دلیل بیماری یکپارچه نابهنجارشان، فریب نمی‌خورند. آنها اصرار می‌ورزند که جهان چیزی است که آنها می‌بینند و در این راه حاضرند جان خود را فدا کنند. این قبیل افراد بسیارند و ضرورتاً در بیمارستان‌های روانی بستری نیستند.

از نظر لیدر، مجنون نسخه لکانی روان‌پریش است؛ یعنی کسی که پیش از پذیرش نام پدر، روند رشدی‌اش بسته شده است. از این نقطه نظر، تمایز بین روان‌رنجوری، روان‌پریشی و انحراف مبتنی بر این است که فرد از کدام دفاع استفاده می‌کند:

واپس‌زنی، پیش‌بستگی (انکار، طرد) یا رد کردن. به نظر من، این طبقه‌بندی مبهم و ملانقطی، به خودی خود اگر جنون‌آمیز نباشد، مسئله‌ساز است. این نگاه تنها بازنمایی -کننده یک نوع گفتمان است و پیچیدگی تجربه انسان را منعکس نمی‌کند. همین‌جا است که من با دیدگاه لکانی لیدر، بیشترین مشکل را دارم. به اعتقاد من، این نوع استفاده از زبان علمی و روش‌شناختی باعث مغشوش شدن نقش متغیرهای وابسته و مستقل می‌شود. پیش‌بستگی علت روان‌پریشی نیست، نتیجه آن است. گاهی لیدر و دیگر پیروان لکان، این برداشت را ایجاد می‌کنند که پیش‌بستگی را معادل تعریف روان‌پریشی می‌دانند و همین باعث می‌شود که این مفهوم، زائد و بی‌معنی شود. اگر نظم نمادین، مثل مفهوم ساختار خانواده اسکیزوفرنی‌زای گریگوری بیتسون باشد و انواع پیام‌های متضاد را به اعضای خود مخایره کند، چه؟ اگر خود پدر در مفهوم لکانی نام پدر، مجنون باشد چه؟ اگر نظم نمادین مجنون باشد، آیا واپس‌زدن آن به جای روان‌رنجوری منجر به روان‌پریشی نمی‌شود؟ آیا ممکن نیست که پیش‌بستگی نام پدر مجنون، جلوی ابتلای فرد به جنون را بگیرد؟ این بحث یادآور چیزی است که اریک فروم در سال ۱۹۵۵ در کتاب *جامعه‌ای با عقل سالم* نوشته است:

ساده‌لوحانه است که فرض کنیم وقتی اکثریت مردم عقاید یا احساسات مشترکی دارند، آن عقاید و احساسات معتبر هستند. هیچ چیز غیرواقعی‌تر از این نیست. چنین اعتباری که مبتنی بر رضایت همگان باشد، مبتنی بر منطق یا سلامت روان نیست. درست مثل "جنون دوتایی"، [چیزی تحت عنوان] "جنون میلیونی" وجود دارد. این که میلیون‌ها نفر گناهان یکسان داشته باشند، آن گناهان را تبدیل به فضیلت نمی‌کند؛ این که خطاهای زیادی بین آنها مشترک باشد، آن خطاها را تبدیل به واقعیت نمی‌کند و این که میلیون‌ها نفر بیماری روانی مشترک دارند، آنها را تبدیل به افرادی با عقل سالم نمی‌کند.

به‌جای این که سعی کنیم علت جنون را درون فرد بیابیم، باید تلاش کنیم جنون را در بافت خانواده، سازمان یا جامعه معنا دهیم. آر. دی. لنگ در کتاب *سیاست‌های سرمایه می‌نویسد*: "احتمال این که کودکی که امروزه در انگلستان متولد می‌شود، در بیمارستان روانی بستری شود، ده برابر بیشتر از آن است که به دانشگاه برود. ...همین نشان می‌دهد که ما در دیوانه کردن کودکان مان موفق‌تریم تا در آموزش‌شان." به عبارت

دیگر، بافت مجنون اغلب ما را مجنون می‌کند؛ سوال درست این است که چرا برخی از افراد در یک بافت اجتماعی مجنون، دچار جنون نمی‌شوند؟

تعداد سوالاتی که می‌توان در بحث جنون طرح کرد، بی‌شمار است. مهم‌ترین درسی که از این بحث می‌گیریم این است که جنون در موقعیت خشک و متعصبانه‌ای نهفته است که فرد از طریق آن از نگاه خود به جهان محافظت می‌کند. این نکته باید آنهایی را که فکر می‌کنند واقعیت را در مورد جنون و درمان آن کشف کرده‌اند و مثل اسکیزوفرنیک‌ها حاضرند برای نظریه کوچک‌شان بمیرند، لحظه‌ای متوقف کند. دکتر نهاله مشتاق ترجمه‌ای را در دسترس ما قرار داده است که با آن بیان‌دیشیم نه این‌که به آن باور بیاوریم.

دکتر سیامک موحدی

بوستون

سخن مترجم

در اوایل نوجوانی مدتی مسحور اثر مشهور سامرست موام، لبه تیغ، بودم. موام در این کتاب، سرگذشت واقعی جوانی را نقل می‌کند که در جنگ جهانی و پس از آن که یکی از دوستانش به خاطر او کشته می‌شود، دچار تحول روحی شده و به دنبال کشف معنای زندگی به سفری درون‌نگرانه و عرفانی می‌رود. گذر سال‌ها، قصه این جوان را به پس‌زمینه ذهنم راند اما بخشی از مقدمه کتاب به قلم داریوش شاهین را هرگز از یاد نبردم؛ او از موام نقل می‌کند: "خواننده خردمند از مطالعه رمان‌های بزرگ لذت فراوانی می‌برد، مشروط بر این که هنر رها کردن بخش‌هایی از هر کتاب را آموخته باشد. هنری که بسیار هم با ارزش است." (ص. ۱۲)

این نصیحت آنقدر در مطالعه رمان‌های بزرگ به کار من نیامد که در خواندن مطالب درسی! نمی‌دانم از چه سن و سال یا در کدام مقطع تحصیلی پیش از ورود به دانشگاه بودم که رها کردن بخش‌هایی از هر کتاب عادت من شد. خیلی زود متوجه شدم که ارزش بخش‌های مختلف کتاب‌ها یکسان نیست؛ می‌توان از خیر بعضی قسمت‌ها گذشت و در عوض وقت بیشتری صرف بخش‌های دیگر کرد. اما این عادت که قرار بود الگویی فردی باشد و تنها بر رابطه من با خواندنی‌های خودم اثر بگذارد، در ترجمه کتاب جنون چیست؟" گریبان‌گیر من و شما شد.

این که لیدر دامنه جنون را با طرح موضوع جنون روزمره یا جنون سفید گسترش داده و به خصوص الگوی تفکر مسلط طبقه‌بندی‌های تشخیصی را به چالش کشیده بود، باعث شد تصمیم به ترجمه کتاب بگیرم. همچنان معتقدم که این صدا می‌تواند خواننده را به رها کردن گوشه امن آموزه‌های خود تشویق کرده و افق متفاوتی برای کار با بیماران روان‌پریش تصویر نماید. اما طی خواندن و سپس دست و پنجه نرم کردن با

ترجمه متن، متوجه شدم برخی نکات چندین و چندبار تکرار شده‌اند، بعضی مثال‌های بالینی بیش از حد اغراق‌شده یا داستان‌گونه هستند و از آن بدتر، طول و تفصیل‌های غیرضروری در جای‌جای متن وجود دارند که به احتمال بیشتر فرد را از خواندن باقی متن منصرف خواهند کرد تا این‌که مشوقی برای مطالعه و اندیشیدن شوند. خستگی، دل‌زدگی و اضطراب دوشادوش اشتیاق برای رساندن پیام اصلی نویسنده حرکت کردند، هرکدام مدتی من را به سمت خود کشیدند و روند کار را متأثر کردند، تا این‌که یک‌بار دیگر - مثل همیشه - اشتیاق پیروز شد.

ترجمه‌ای که در دست دارید، در واقع روایت من از کتاب سیصد و سی صفحه‌ای داریان لیدر است. با اتکا به قضاوت شخصی، مطالب تکراری، مثال‌های اغراق‌شده و چند فصل آخر کتاب را رها کردم بدون این‌که چیزی به متن اضافه کنم. تلاشم در ساختن روایت حاضر، این بود که خط اصلی بحث حفظ شده و آنچه قابل یادگیری است، انتقال داده شود. امیدم این است که این کتاب به سهم خود، شعله کنجکاوی و شوق آموختن و اندیشیدن را در خوانندگان زنده نگه دارد.

دکتر نهاله مشتاق

آذر ۱۳۹۸

مقدمه

سال‌ها پیش وقتی هنوز دانشجوی بودم کار داوطلبانه‌ای را در یک مرکز درمانی آغاز کردم. سرم پر از روانکاو بود و می‌خواستم در مورد پدیده عجیب روان‌پریشی بیشتر بدانم: توهم‌ها، هذیان‌ها و اختلالات گفتاری که در موردشان خوانده بودم اما تجربه دست اولی از آنها نداشتم. بیشتر کسانی که دیده بودم، نسبتاً آرام بودند و نشانه‌های اندکی از "دیوانگی" داشتند. دارودرمانی درازمدت آنها را از پا در آورده بود و به روال روزمره آرام خود خو گرفته بودند. اما مردی هم بود که مشتاق حرف زدن بود. ساعت‌های طولانی را به بحث در مورد فلسفه، سیاست و امور جاری می‌گذراندیم. او خوش صحبت بود، روشن حرف می‌زد و بی‌نهایت باهوش بود. فهمیدن این‌که چند سال گذشته را در بیمارستان‌های روانی گذرانده برای من بسیار تعجب‌آور بود. میزان آشفتگی او در مکالمه تقریباً به اندازه دوستان دانشجویی بود که بعد از کار در مرکز می‌دیدم - نه بیشتر و نه کمتر.

همانطور که صحبت ما ادامه پیدا کرد از چند نفر از کارکنان پرسیدم چرا او در مرکز درمانی زندگی می‌کند و چرا تحت درمان دارویی است. در پاسخ با لبخندی از جانب آنها مواجه شدم که نشان می‌داد نکته آشکاری را نادیده گرفته‌ام؛ حقیقت مهمی در رادار جوان من ثبت نشده بود. در واقع همین‌طور بود. چندین ماه بعد، طی یکی از مکالمات مان او به کشوری اشاره کرد که نام آن را نشنیده بودم. ابتدا متعجب شد و سپس به شوق آمد: توضیح داد که در انگلستان زندگی نمی‌کند، بلکه در کشوری ساکن است که زامارا نام دارد. ساکنین این کشور حیوانات وحشی و لشکری از خدایان عجیب و غریب هستند. او تاریخ، جغرافیا و زیربنای کشور را توضیح داد. همه چیز طبقه‌بندی شده بود و نام داشت، به عنوان مثال پادشاهی آنگریا و گوندال که توسط

خواهران برونته در زمان کودکی شان تأسیس شده بود.

برای او بین نقش قهرمان در حماسه زامارا و کارهای روزمره‌ای که در مرکز به عهده‌اش بود، هیچ ناهم‌خوانی وجود نداشت. وقتی در مورد آن صحبت می‌کرد، هیچ هیجانی در صدایش نبود و لحن صحبت کردنش تغییر نمی‌کرد، مثل این‌که داشت در مورد یکی از حقایق زندگی‌اش حرف می‌زد. تداوم صدایش برایم تکان‌دهنده بود: هیچ نشانه یا علامتی در صحبتش نبود که نشان دهد در حال ترک قلمروی واقعیت اشتراکی^۱ و ورود به دنیای خصوصی او هستیم. مثل این بود که همه چیز همان است که بود. صحبت‌های بعدی نشانی از شروع یک راز یا ورود به حیطه مورد اعتماد او نداشت. زندگی مانند قبل ادامه داشت.

اما چطور هذیان و زندگی روزمره می‌توانستند اینطور در هم تنیده شوند؟ چطور یک نفر می‌توانست همزمان در دو جای به‌ظاهر متفاوت زندگی کند طوری که انگار هیچ مرزی بین آن‌ها نیست؟ حتی اگر زندگی در زامارا دیوانگی به نظر می‌آمد، چرا رژیم دارویی یا بستری لازم داشت؟ [این فکر] به کسی صدمه‌ای نمی‌زد و در زندگی خود فرد هم هیچ آشوبی ایجاد نمی‌کرد. این سؤال‌ها هنوز هم برایم مطرح هستند و در این کتاب سعی کرده‌ام برخی از حلقه‌های ربط بین جنون و زندگی نرمال را بررسی کنم. آیا هذیان و سلامت عقل^۲ را باید اینقدر سفت و سخت از هم جدا کرد؟ آیا ممکن است اولی نه فقط هم‌خوان، بلکه حتی شرط دومی باشد؟

این‌ها سؤالات انتزاعی و عقلانی نیستند. پاسخ این سؤالات بر روش درمان روان‌پزشکی در جامعه امروز تأثیر جدی دارد. نگرش ما به جنون، تعیین‌کننده پاسخ ما به آن است؛ زیرا هم تعاملات روزمره و هم انتخاب درمان‌های در دسترس را تعیین می‌کند. اما جای مکالمه بین سنت‌های [درمانی] مختلف خالی است. حداقل نیم قرن است که نظریه‌ها و درمان‌هایی در مورد جنون در نقاط مختلف دنیا شکل گرفته‌اند، اما در خارج از یک حوزه حرفه‌ای کوچک و خاص کم و بیش ناشناخته‌اند. این نظریه‌ها ابزار قدرتمندی برای فهم تجربه جنون و توضیح علت و چگونگی به‌وجود آمدن آن به دست می‌دهند. آنها همچنین مجموعه‌ای غنی از امکانات درمانی فراهم می‌آورند

1. Shared reality
2. sanity

وبه فکر کردن در مورد این که روان‌پریشی چگونه به ثبات می‌رسد کمک می‌کنند. با وجود آن که دوست داریم فکر کنیم که معلومات، آن‌هم در عصر اینترنت تجملی و یک‌تکه^۱ است، در واقع اینطور نیست. نوعی اعتماد سطحی و مشکل‌ساز در تبلیغاتی وجود دارد که در مورد تحقیقات "به روز" انجام می‌شود، انگار مقاله‌ای که در یک ژورنال شیک در سال ۲۰۱۰ چاپ شده، با ارزش‌تر از یک مقاله مروری پزشکی است که صد سال قبل انجام شده و حال فراموش شده و تنها می‌توانیم در بعضی از آرشیوهای خاک‌گرفته آن را پیدا کنیم.

کاری که می‌خواهم بر روی آن تمرکز کنم مبتنی بر سنت قاره‌ای^۲ در روان‌پزشکی است. روان‌پزشکان انتهای قرن نوزدهم و ابتدای قرن بیستم بر موضوعاتی از قبیل وراثت، سرشت و دژنراسیون روانی تعصب داشتند؛ با این وجود به بیماران خود گوش می‌دادند و نظریه‌هایی در مورد جنون ارائه دادند که به آنچه از کار بالینی می‌آموختند وفادار بود. نبودن درمان‌های دارویی بلندمدت باعث می‌شد که بتوان فردی را که زندگی در اثر روان‌پریشی از هم گسیخته بود، مورد مطالعه قرار داد و فهمید که چطور طی زمان به تعادل جدیدی می‌رسد. این به اصطلاح "مکانیزم‌های جبرانی"^۳ یا مسیرهای برگشت به زندگی، بخش مهمی از این تحقیق بودند و امروز می‌توانیم چیزهای زیادی از آن بیاموزیم.

دانشجوی جوان پزشکی ژاک لکان، آموزش روان‌پزشکی خود را در دهه ۱۹۲۰ در پاریس آغاز کرد و در چنین فرهنگی عقاید خود را رشد داد. امروزه کار بالینی لکانی با روان‌پریشی در نقاط مختلف دنیا به‌خصوص فرانسه، بلژیک، اسپانیا، ایتالیا، کشورهای آمریکای لاتین و انگلستان انجام می‌شود. فرهنگ کتاب، ژورنال، خبرنامه، کنفرانس، دوره و سخنرانی‌هایی که به جنبه‌های مختلف جنون می‌پردازند در حال رشد است. تا به حال چندین هزار تاریخچه کار با بیماران روان‌پریش توسط متخصصان لکانی منتشر شده است. با وجود این، بیرون از این حوزه اکثر روان‌پزشکان و روان‌شناسان و متخصصان بهداشت روان از این تحقیقات مطلع نشده‌اند.

این موضوع دلایل بسیاری دارد. اغلب فرض می‌شود که کار روان‌کاوی با جنون به

1. unified
2. continentals
3. restitution mechanisms

معنی روانکاوی کلاسیک است: بیمار روی کاناپه دراز می‌کشد و تداعی آزاد می‌کند و روانکاو در مورد کودکی او تعبیر می‌دهد. گذشته از این که اکثر روانکاوان به‌هرحال اینطور نیستند، اشتباه اصلی در مورد تفاوت بین نظریه‌ها و تکنیک است. نظریه روانکاوی روان‌پریشی به این معنا نیست که روانکاوی انجام خواهد شد. بلکه به این معنی است که عقاید تحلیلی را می‌توان برای درمان‌های دیگری که مختص هر بیمار ارائه می‌شود به کار برد. این موضوع بر متخصصان بالینی در صد سال گذشته پوشیده نبوده است؛ با این وجود احتمالاً به دلیل تعصب‌های عمیق بر علیه - و داخل - روانکاوی سوء تفاهم همچنان ادامه پیدا کرده است.

توجه به منحصر به فرد بودن هر بیمار در درمان روانکاوی تنها نکته مهم است زیرا در جامعه‌ای زندگی می‌کنیم که فضای جزئیات زندگی فردی و ارزش آن هر روز کم و کمتر می‌شود. با وجود حرف‌های ظاهری در مورد احترام به تفاوت‌های فردی، امروزه مردم - از شیرخوارگاه گرفته تا گوشه و کنار زندگی حرفه‌ای - بیش از هر زمان دیگری تحت فشار هستند تا مانند هم فکر کنند. بازتاب این فشار را در دنیای بهداشت روان می‌بینیم که درمان اغلب اوقات یک تکنیک مکانیکی است که بر یک بیمار منفعَل اعمال می‌شود، به‌جای آن که یک کار مشترک و مشارکتی باشد که هر دو طرف در آن مسئولیت دارند. امروزه فشار روز افزونی وجود دارد تا خدمات بهداشت روان به نوعی گاراژ تبدیل شوند که در آن افراد، بازتوانی شده و هر چه سریع‌تر به شغل یا خانواده‌شان بازگردند.

فرد روان‌پریش بیشتر مفعولی است که باید مورد درمان قرار بگیرد تا فاعلی که باید به او گوش داده شود. مشخصات فردی و قصه زندگی بیمار اغلب مورد توجه قرار نمی‌گیرد. زمانی کتاب‌های روان‌پزشکی مملو از گزارش صحبت‌های بیماران بود، اما امروز جای آن را آمار و نمودارهای شبه‌ریاضی گرفته‌اند. مطالعات به‌ندرت به آنچه در موارد خاص اتفاق می‌افتد اشاره می‌کنند، در عوض همه موارد با هم جمع شده و نشان داده می‌شوند. به‌عنوان مثال نمی‌فهمیم چرا یک فرد به بعضی درمان‌ها پاسخ داده است و آن پاسخ دقیقاً چه بوده است؛ در عوض آماری می‌گیریم از این که چند درصد از شرکت‌کنندگان پاسخ داده یا نداده‌اند. فرد از بین رفته است.

این‌ها حقایق گفتار معاصر هستند که فقط هم در روان‌پزشکی اتفاق نمی‌افتند اما

می‌توان امید داشت که روان‌پزشکی به‌طور به‌خصوص بتواند چیز متفاوتی ارائه دهد. علی‌رغم اختراهای روان‌پزشکان پیشرو در طی سال‌ها و جنبش‌های ضد روان‌پزشکی دهه ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰، روان‌پریشی هنوز به معنیِ چوردرنیامدن با هنجارهای جامعه است. همانطور که سال‌ها پیش مارگارت سچهای^۱ اشاره کرده است: "وقتی می‌خواهیم بین خود و فرد اسکیزوفرنیک یک پل ارتباطی بزینیم، به فکر بازگرداندن او به واقعیت خود و هنجار خود هستیم. او این را حس کرده و طبیعتاً از این مزاحمت دوری می‌کند." امروزه تطابق با هنجارهای اجتماعی مورد تشویق قرار می‌گیرد، حتی اگر به این معنی باشد که در دراز مدت اوضاع بر وفق مراد شخص پیش نخواهد رفت. این موضوع را می‌توانیم در پایه‌ای‌ترین سطح فرهنگ خود ببینیم، در آموزش ابتدایی و راهنمایی که سؤال‌های چندگزینه‌ای جایگزین پاسخ اصلی کودک شده است. به‌جای آن‌که کودکان را تشویق کنیم به‌طور مستقل فکر کنند و پاسخ را شرح و بسط دهند، به‌سادگی دو یا چند پاسخ را به شکل گزینه در اختیارشان قرار می‌دهیم تا از بین آنها انتخاب کنند. در نتیجه کودکان یاد می‌گیرند که یک "پاسخ صحیح" وجود دارد که شخص دیگری آن را می‌داند. به این ترتیب آنها را از پرورش پاسخ خودشان دلسرد می‌کنیم. کلید موفقیت در پیدا کردن چیزی است که دیگری می‌خواهد بشنود، نه تلاش در جهت راه حل اصیل. تعجبی ندارد که مفسران اجتماعی، زمانه ما را دوران "خویشتن کاذب" می‌نامند.

طی پنجاه، شصت سال گذشته از فرهنگ، بررسی، ذهن باز و بردباری دور شده‌ایم؛ آنقدر که متون متخصصانی که در دهه ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ با روان‌پریشی کار کرده‌اند با متون امروز قابل مقایسه نیست. بسیاری از نویسندگان معاصر، طوری در مورد جنون می‌نویسند که انگار مشکلات آن با تحقیقات عصب‌شناختی یا ژنتیک حل شده است: روان‌پریشی یک بیماری مغزی است و دارو آن را درمان می‌کند. البته استثنای هم وجود دارد - به‌خصوص کار بسیاری از روان‌پزشکان و متخصصان بهداشت روان در کشورهای اسکانندیناوی - اما وضعیت کلی همچنان ناامیدکننده است. تأکید شبه علمی بر نتایج قابل اندازه‌گیری و قابل مشاهده، جایگزین کار دقیق و درازمدتی شده است که شأن فردی بیمار را حفظ می‌کرد.

1. Marguerite Sechehaye

دو روان‌شناس امریکایی که سنت قدیمی روان‌درمانی روان‌پریشی را ادامه داده‌اند، تلاش‌های خود را با هورتن^۱ دکتر سیوس^۲ مقایسه کرده‌اند. این فیل مهربان می‌تواند صدای ساکنان یک دنیای بسیار ریز را بشنود که در یک ذره خاک وجود دارد اما هیچ کس در جنگل او را باور نمی‌کند. او در مورد گرفتاری آنها و فاجعه‌ای که در انتظارشان است می‌داند، اما نمی‌تواند دیگران را وادار به شنیدن کند. هورتن در تلاش برای نجات آنها، تنها است و حمایتی از دوستان خود که می‌خواهند تلاش‌های او را بی‌سرانجام بگذارند، دریافت نمی‌کند. تمام کسانی که در حوزه بهداشت روان کار می‌کنند و طرفدار رویکرد روان‌درمانی هستند بلافاصله متوجه استعاره می‌شوند: وسواس با نتایج از پیش تعیین شده، رفتار سطحی و "بهنجار سازی"^۳ باعث می‌شود دیدگاه‌های دیگر دور و غیرموجه به نظر برسند.

امیدوارم عقایدی که در این کتاب مطرح می‌شود، مکالمه‌ای را حول و حوش یک سری از سؤالات ایجاد کند که دغدغه همه ماست. سنت‌های مختلف باید به یکدیگر گوش دهند، همانطور که فیلیپ پانیل که قهرمان روان‌پزشکی انسان‌گرا در قرن هیجده و اوائل قرن نوزده بود، نه تنها به بیماران و همکاران قاره‌ای‌اش بلکه به ویلیام توک و همکارانش در مرکز یورک انگلستان گوش می‌داد. توک مخالف استفاده از تنبیه و محدودیت بود و کار او که توسط پانیل و دیگران دنبال شد، در نهایت منجر به این شد که تکنیک‌های وحشی روان‌پزشکی در بسیاری از کشورها ریشه‌کن شوند.

با وجود این‌که به نظر می‌رسد این نوع از وحشی‌گری امروزه وجود ندارد، خشونت به بیماران روان‌پریش شکل متفاوتی به خود گرفته است. تاریخ‌نگاران روان‌پزشکی بعدها به پانیل و توک انتقاد کردند که محدودیت فقط از بیرون به درون منتقل شده و به شکل تکنیک‌های مدیریت اخلاقی و تلقین در آمده است. استفاده از زور بیرونی و محدودیت کم شده است، اما خشونت در ذات تحمیل این جهان‌بینی است. متخصصی که تلاش می‌کند سیستم ارزشی و تعریف خود از بهنجار بودن را به بیمار تحمیل کند، مانند آن استثمارگری است که می‌خواهد بومیان را آموزش دهد، آن-هم برای صلاح خودشان. چه سیستم آموزشی باشد چه مذهبی، فرهنگ و تاریخچه

۱. هورتن، کاراکتر یک کتاب کودک است که در ۱۹۵۴ به چاپ رسیده است.

2. Seuss

فردی را که می‌خواهد به او کمک کند، از بین می‌برد.

چندی قبل یکی از بیمارانم طی یک دوره مانیا بستری شد. وقتی به بخش رسیدم نگاهان گنده‌ای روی او نشسته بود و پرستار داشت سعی می‌کرد به او دارو تزریق کند. بسته شدن با زور، یکی از بدترین خاطرات کودکی او بود. موقعیت فعلی برایش بسیار دردناک بود و او داشت با فشار زیادی مقاومت می‌کرد. این کارش باعث شد فشار فیزیکی بیشتر هم بشود. حتی بعد از آرام گرفتن در اثر دارو، وحشی‌گری صحنه به‌طور مشخص ادامه پیدا کرد.

چک‌لیست‌ها و مصاحبه‌هایی که بعد از تأثیر دارو باید تکمیل می‌شدند، به او فضا نمی‌داد که در مورد اتفاق اخیر صحبت کند. علاقه‌ای به [دانستن] جزئیاتِ شکل گرفتن دوره مانیک وجود نداشت. در عوض، مفاهیم و طبقه‌بندی‌های غریبی به او تحمیل شد. به بیمار من گفته شد که رفتارشان نامناسب بوده و باید یاد بگیرد متفاوت فکر کند و خود را یک "بیمار" نیازمند به درمان شیمیایی ببیند تا بتواند دوباره به سطح "نرمال" بازگردد. او می‌بایست یک برچسب تشخیصی هم دریافت می‌کرد، مانند مَه‌ری که نه تنها در پرونده‌های پزشکی بلکه تا آخر در روانش باقی می‌ماند.

هر چقدر هم به اعتبار این تعاریف بیماری و سلامت معتقد باشیم، باید زندگی و باورهای درونی هر فرد را جدی بگیریم و از تحمیل جهان‌بینی خودمان بر آنها پرهیز کنیم. این تفاوت بهداشتِ روانی و روان‌درمانی است. در بهداشت روانی از پیش می‌دانیم چه چیزی برای بیمار خوب است اما در روان‌درمانی نمی‌دانیم. به آسانی می‌توان خشونت چنین صحنه‌هایی را نادیده گرفت، اما این خشونت هر بار تلاش می‌کنیم که سیستم باور بیمار را با تحمیل یک سیستم ارزشی جدید و سیاست‌های جدید در هم بشکنیم، اعمال می‌شود. می‌توانیم رویکرد مقابل را انتخاب کنیم که به دنبال خطا نیست، بلکه در جستجوی حقیقتی است که در رابطه هر فرد با جهان نهفته است. با استفاده از چنین رویکردی می‌توان قصه خاص هر فرد را به حرکت درآورد و او را یک‌بار دیگر به زندگی متصل کرد؛ نه برای آن‌که آنها را با واقعیت خود تطبیق دهیم، بلکه برای آن‌که کمک کنیم یاد بگیرند که واقعیت خودشان چطور شکل گرفته و چطور می‌توانند از آن استفاده کنند.

نکته‌ای در مورد کلمات و مفاهیم: من در تمام این کتاب به "جنون" و "روان‌پریشی" اشاره کرده‌ام و این دو مفهوم را معادل هم بکار برده‌ام. دیدگاه نسبی ندارم؛ یعنی معتقد نیستم که جنون چیزی است که با هنجارهای اجتماع جور نیست. علت این موضوع طی فصل‌های بعد روشن خواهد شد. باور به این‌که چیزی تحت عنوان روان‌پریشی وجود دارد به معنی این نیست که باید از گفتار بیماری و سلامت روان استفاده کنیم. بسیاری از افراد، به حد غیر قابل‌تحملی رنج می‌کشند اما این موضوع آنها را به "بیمار روانی" تبدیل نمی‌کند، زیرا چیزی تحت عنوان سلامت روان وجود ندارد. هر چه بیشتر به افراد گوش دهیم بیشتر می‌بینیم که افراد به ظاهر سالم هم ممکن است عقاید هذیانی یا علائمی داشته باشند که به علت آن‌که تعارضی در زندگی‌شان ایجاد نکرده، توجهی به آن نشده است. هر یک از ما با مشکلاتی مواجه هستیم که به شیوهٔ منحصر به فرد خود با آن دست و پنجه نرم می‌کنیم. آنچه برچسب بیماری روانی می‌گیرد ممکن است تلاشی برای پاسخ به این مشکلات باشد. استفاده از چنین برچسب‌هایی نه تنها به دوگانهٔ غلط سلامت و بیماری دامن می‌زند بلکه جنبه‌های خلاق و مثبت پدیدهٔ روان‌پریشی را نیز نادیده می‌گیرد.

مایلم از بسیاری از دوستان و همکارانم برای مشارکت در این کتاب تشکر کنم: در پاریس از اریک لورنت^۱ و کولت سوله^۲ در مورد روان‌پریشی یاد گرفتم. رویکرد روانکاوانهٔ آنها پشتوانهٔ بخش زیادی از این کتاب است. مثل همیشه، کار ژنویو مورل^۳ من را به شوق آورد تا خرد جاری را به چالش بکشم و سؤالات بالینی و نظری را به هم ربط دهم. جی واتس^۴ به‌طور خستگی‌ناپذیری تلاش کرد تا توازن دیدگاه‌های لکانی و انتقاد از آنها را حفظ کنم و افق دیدم را گسترش دهم.

1. Eric Lowrent
2. Colette Soler
3. Genevieve Morel
4. Jay Watts

فصل اول

جنون خاموش

چرا در فیلم‌های "پرواز بر فراز آشیانهٔ فاخته"، "دختر از هم‌گسیخته" یا "ذهن زیبا"، جنون تا این حد مشهود، ملموس و پر سر و صدا به تصویر کشیده شده است؟ افراد با همراهان خیالی خود صحبت می‌کنند، کف به دهان دارند، توهم‌های هراس‌انگیز دارند، بی‌وقفه و راجی می‌کنند و در مورد طرحی که بر علیه آنها در جریان است آسمان و ریسمان می‌بافند. به‌طور معمول، این‌ها یا بیش از حد باهوش نشان داده می‌شوند یا بی‌نهایت احمق؛ یا نابغه‌اند یا کودن با فاصلهٔ کمی بین این دو. شکی نیست که گاهی جنون با علائم آشکاری همراه است اما تکلیف مردی که به آرامی به کار و زندگی خانوادگی‌اش می‌رسد، یک روز می‌رود کارهایش را تمام و کمال انجام می‌دهد، بعد به یک مکان عمومی می‌رود اسلحه می‌کشد و مردم را می‌کشد چیست؟ در چنین مواردی هیچ نابهنجاری مشخصی در رفتار فرد وجود ندارد تا وقتی به آن لحظه می‌رسد. حتی ممکن است این‌ها شهروند نمونه باشند، مسئول، قابل احترام با خلق متعادل. اما آیا واقعاً می‌توانیم بگوییم قبل از اقدام به دیگرکشی، مبتلا به جنون نبوده‌اند؟ این موارد ما را بر آن می‌دارند تا در مورد نمونه‌هایی از جنون فکر کنیم که با

زندگی نرمال سازگار هستند. این یک جنون خاموش است تا لحظه‌ای که به شکل یک اقدام خشونت‌آمیز تظاهر پیدا می‌کند.

اما اگر هیچ‌وقت اقدام خشونت‌آمیزی اتفاق نیافتد چه؟ اگر در مثال بالا مرد به زندگی روزمره‌اش ادامه دهد چه؟ اگر پیش از این عمل هم جنون وجود داشته است، ممکن است به مسیر خاموش خود ادامه دهد، بدون این‌که کسی را اذیت کند یا توجهی به خود جلب کند. وقتی جنون و رفتار نرمال تا این حد سازگاری دارند، آیا اسلحه کشیدن ضرورتاً آن فرد را مجنون‌تر می‌کند؟ اگر هیچ اتفاق مهمی نیافتد و چنین افرادی فعالیت‌های روزمره خود را ادامه دهند، چه؟

این که گزارش‌های روزنامه‌ای "بیمار روانی" اغلب با جنایت‌های خشونت‌آمیز همراه است، به این معنی است که انتظار داریم جنون همیشه با برون‌ریزی‌های دراماتیک همراه باشد. فعالان حوزه سلامت روان مدت‌ها به سختی تلاش کرده‌اند تا چنین مفاهیمی را به چالش بکشند با وجود این همچنان نگاه غالب مردم به روان‌پریشی پر از سوءبرداشت است. احتمال این‌که یک به اصطلاح "اسکیزوفرنیک پارانوئید" به‌طور اتفاقی دست به حمله بزند بسیار کمتر از گروه مردانی است که از یک کلوب شبانه خارج می‌شوند، اما همچنان داستان‌های مرتبط با مبتلایان اسکیزوفرنی خبرساز می‌شوند. شاید این نه فقط انتظار ما از جنون بلکه چیزی است که در عمل می‌خواهیم، تا بتوانیم خشونت نهفته‌مان را بیرونی کنیم.

وقتی روان‌پزشکان بزرگ قرن نوزدهم و اوایل قرن بیستم شروع به بررسی جنون کردند، ابتدا بر علائم مشهودی که جلب توجه می‌کرد متمرکز شدند. آنها اعمال خشونت‌آمیز، توهم‌ها، هذیان‌ها، نوسانات خلقی و احساسات حاد و اغراق‌شده‌ای را که می‌توانست زندگی را به تشنج بکشد مورد مطالعه قرار دادند. آنها تلاش کردند این پدیده‌ها را طبقه‌بندی کنند، اختلالات را تقسیم‌بندی کردند، تشخیص‌های جدید ایجاد کردند و دست به جستجوی جزئیاتی زدند که منجر به طبقه‌بندی‌های تشخیصی می‌شد. اما خیلی زود متوجه شدند که علائم آشکاری که زندگی اجتماعی را مختل می‌کنند نمی‌توانند به تنهایی برای تعریف همه اشکال جنون استفاده شوند.

تقریباً تمام نویسندگان مطرح این دوران که در مورد سیر تشخیص مورد نظر خود

نوشته بودند - زوال عقل پیشرس^۱، اسکیزوفرنیا، روان‌پریشی مزمن با توهم - به تدریج پذیرفتند که شتاب‌زده عمل کرده‌اند و تمام موارد با این الگوها جور در نمی‌آیند. آنها متوجه شدند که خصوصیات اولیه‌ای که برای رسیدن به تشخیص مورد توجه قرار گرفته و استفاده شده بودند، تغییر می‌کردند یا ناپدید می‌شدند. به عنوان مثال یک اختلال تفکر عجیب و غریب می‌توانست در کنار جذب شدن در اجتماع وجود داشته باشد. توهم‌های هراس‌انگیز ممکن بود طی زمان به مرور ناپدید شود و جای خود را به یک ریتم بهنجار بدهد. ممکن بود کسی از آسیب‌زندگان شکایت کند اما بعدها به ندرت از آنها نام برود. حس حادِ مردگی درونی می‌توانست همزمان با یک زندگی کاری معمولی و مسئولیت اجتماعی وجود داشته باشد.

تعداد بسیار زیادی از این موارد هرگز به چشم روان‌پزشکان نمی‌آیند: روان‌پریش‌هایی که با جامعه کنار آمده‌اند، علامت ویژه‌ای ایجاد نکرده و هرگز دچار فروپاشی یا بحران نشدند. روان‌پریش بودن به معنی این نیست که علائم ناگهان طوری بروز می‌کنند که فرد و اطرافیان او متوجه شوند. یک کتاب مرجع روان‌پزشکی که پیش از جنگ به شهرت رسید، می‌توانست با قطعیت ادعا کند که: "اکثر پارانوئیدها زندگی را بدون شکل گرفتن روان‌پریشی می‌گذرانند." یوگین بلولر، اولین نفری که طبقه‌بندی تشخیصی اسکیزوفرنی را به شهرت رساند، توانست بعد از سال‌ها تحقیق نتیجه بگیرد که شایع‌ترین شکل اسکیزوفرنیا، شکل نهفته آن است که هرگز مانند جنون دیده نمی‌شود. او اضافه کرد که در نهایت هیچ علامت بالینی وجود ندارد که بتواند تشخیص اسکیزوفرنیا را رد کند. این حرف باعث تعجب بسیاری از خوانندگان او در آن زمان شد و بی‌شک امروز هم تعجب‌برانگیز است.

همانطور که یک روان‌پزشک می‌گوید، دیدگاه بلولر "تعادل و هماهنگی مفاهیم روان‌پزشکی" را برهم زد. معنای حرف او این بود که هیچ آزمونی نمی‌توانست ثابت کند که کسی اسکیزوفرنیک نیست: نه آن نوع اسکیزوفرنیک که حرف و رفتارش جلب توجه کند، بلکه نوع ساکت و محتاطی که بلولر و همکارانش بررسی می‌کردند. محقق

اسکیزوفرنیا، سیلوانا آرتی پس از سه دهه مرور مطالعات این حوزه نتیجه گرفت: "روان‌پریشی‌های عادی که تحت درمان نیستند، نمی‌دانند که مبتلا به بیماری هستند." این جنون نهانی و معکوس، "روان‌پریشی سفید"، "روان‌پریشی نرمال"، "روان‌پریشی شفاف"، "روان‌پریشی روزمره"، "روان‌پریشی خصوصی" و "روان‌پریشی معمولی" نامیده شد.

به دلایل مختلف، امروزه شناختن شیوع این نوع روان‌پریشی و مطالعه ساختار آن از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. این کار از طریق به‌هم زدن معادلات پیشین به تلاش در جهت انگ‌زدایی از جنون کمک می‌کند. به علاوه، اگر باور داشته باشیم که افراد می‌توانند دچار جنون باشند بدون آن‌که رفتار جنون‌آمیزی از خود نشان دهند و در واقع می‌توانند زندگی کاملاً نرمال داشته باشند، می‌توانیم به کسانی که جنون‌شان خصوصیات چشمگیری پیدا کرده کمک کنیم. اگر بدانیم چه چیزی باعث شده که جنون یک فرد به ثبات برسد بدون آن‌که علائم دردناک و فروپاشنده روان‌پریشی را تجربه کند، می‌توانیم از آنچه می‌آموزیم استفاده کنیم و جهت‌گیری خود را در کار با کسانی که جنون‌شان تظاهرات بیرونی پیدا کرده تغییر دهیم.

در اوایل قرن بیستم، روان‌پزشکان فرانسوی پال سریو^۱ و ژوزف کاپگراس ادبیات مفصلی را که بر جنون خاموش وجود داشت مرور کردند. فرد روان‌پریش می‌توانست بدون آن‌که گنجی یا اختلال عقلانی نشان دهد و بدون توهم، سرخوشی یا افسردگی، با اجتماع خود کنار بیاید. زندگی عاطفی آنها نرمال و گفتارشان واضح، دقیق و منطقی بود. در این بیماران "همراهی عجیب منطقی و جنون" حول و حوش یک عقده‌هایدانی که چندان هم عجیب و غریب یا حتی غیرواقع‌بینانه نیست، اتفاق می‌افتد. فرد هیچ نشانه‌ی عجیبی ندارد، اما بخش‌های خاصی از تفکر غایب هستند. نقاط خالی در خودآگاهی فرد وجود دارند، حوزه‌هایی که اطلاعات در آن جذب نمی‌شوند.

این افراد روان‌پریش شبیه به "متخصصانی" بودند که دنیا را از زاویه‌ی مشغله‌ی ذهنی

اولیه خود می‌دیدند. این‌ها می‌توانستند در زندگی روزمره کارکردی عالی داشته باشند؛ افراد دور و برشان هیچ شکی به این‌که چیز غیر معمولی در جریان است نمی‌بردند. حتی سربو و کاپگراس در جایی از مطالعه‌شان پرسیده‌اند که آیا این نوع از هذیان‌های مورد مطالعه را باید "بیماری روانی" تلقی کرد یا نه؟ فرد ممکن است از بی‌عدالتی مافوقش شکایت داشته باشد، فرد دیگری که در خانواده‌ای از طبقه متوسط به دنیا آمده ممکن است بخواهد ثابت کند که به خانواده‌ای اسم و رسم‌دار تعلق دارد، حتی ممکن است کسی همسر خود را به رفتارهای غیر اخلاقی متهم کند. به‌طور کلی همه چیز را می‌توان طوری ساخت که با یک فکر ثابت که مبتنی بر فرضیه‌ای غلط است، جور در بیاید. اما پس از آن فرد نمی‌تواند استدلال محکمی ارائه دهد. فرد به قدرت‌های فراطبیعی متوسل نمی‌شود، فقط در مورد چیزی که غیر ممکن نیست بحث می‌کند.

روانکاوی به نام پیرا آلانیه^۱ در مورد بیماری صحبت می‌کند که از همه نظر "نرمال" به حساب می‌آید؛ متأهل بود و بچه داشت. در مغازه‌اش با مشتریان صحبت می‌کرد و فقط به دلیل یک فوبی که مزاحم زندگی‌اش شده بود، برای درمان مراجعه کرد. آلانیه خیلی زود متوجه شد که بیمار، نظریه عجیبی در مورد نحوه به دنیا آمدن کودکان دارد: اسپرم مرد هیچ نقشی بازی نمی‌کند به جز آن‌که "دستگاه تولید مثل" زن را تهییج کند. سپس واژن مجبور می‌شود که منی مرد را به آن دستگاه وارد کند. به همین علت مردان زودتر می‌میرند و موهایشان می‌ریزد. این افکار هذیانی هیچ‌وقت توجه کسی را جلب نکرده بود، زیرا کسی از او نخواست به عقایدش را در مورد باروری بگوید. در ضمن بیمار می‌گفت که وقتی کسی چنین موضوعاتی را مطرح کند "یا محل را ترک می‌کنم یا چیزی نمی‌شنوم."

مثال دیگر یکی از بیماران من است که از اضطراب‌های پراکنده شکایت داشت و چندین ماه در مورد تاریخچه و کودکی‌اش با من صحبت می‌کرد. او پیش از این هرگز یک روانکاو یا درمانگر را ندیده بود و از این‌که اخیراً حمله‌های اضطراب پیدا می‌کرد ناراحت بود. در رشته حقوق، شغل موفقی داشت و هیچ‌وقت علامت آشکاری پیدا

نکرده بود. پس از مدتی علت ترس‌های او روشن شد و توانست راه حلی برای کاهش ترس‌هایش پیدا کند. با همین راه حل، درمان را قطع کرد اما در یکی از آخرین جلساتش چیز عجیبی گفت: اعتقاد داشت هر کس اسم کوچکش مانند او باشد، خصوصیاتش شبیه به او دارد. او نام غیر معمولی نداشت اما این باور باعث می‌شد که هر وقت کسی را با نام کوچک خود می‌دید به سمت او تمایل پیدا کند تا او را بهتر بشناسد.

او با بررسی بیشتر ناآرام می‌شد؛ می‌دانست که اعتقادش ممکن است عجیب به نظر برسد، اما پشت آن اطمینان مطلقی وجود داشت: این نام تنها بر روی افرادی گذاشته می‌شد که ذات خاصی داشتند. او مراقب بود که این فکر هذیانی را زیاد انتشار ندهد، بنابراین هیچ‌وقت با مشکل مواجه نشده بود. در واقع می‌توان فرض کرد که این فکر به او کمک کرده بود تا هویت خود را حفظ کند، زیرا از نظر او کسانی که هم‌نامش بودند نیاکان مشترکی با او داشتند. در مورد این بیمار هم هیچ دلیلی برای مشکل‌ساز شدن یا تعارض‌آمیز بودن این فکر وجود نداشت، بنابراین می‌توانست در مسیر زندگی روزمره پنهان بماند.

اگر بیمار آلانیه فوبی پیدا نکرده و به روانکاو مراجعه نکرده بود، احتمالاً عقاید هذیانی‌اش هیچ‌وقت بروز نمی‌کرد. او زندگی‌اش را ادامه می‌داد و در مورد این افکار، سکوت می‌کرد. اگر با محیط دچار اصطکاک نمی‌شد، کسی به روان‌پریشی شک نمی‌کرد. همین موضوع در مورد بیمار من هم که فکر هذیانی او به شدت پوشیده بود، صدق می‌کرد. با این وجود دقیقاً همین شکل‌های روان‌پریشی می‌توانند چیزهای زیادی به ما بیاموزند؛ از طریق مطالعه آنها می‌توانیم ساز و کاری را که باعث شده بیمار جنون داشته باشد بدون آن‌که علائم جنون را نشان دهد، بشناسیم. امروزه سلامت روان معادل است با عدم تعارض با دنیای اطراف، به همین دلیل این نوع روان‌پریشی در رادار ثبت نمی‌شود و ناپدید می‌گردد.

ناپدید شدن آنچه متخصصان پیشین، شایع‌ترین شکل روان‌پریشی می‌دانستند با این حقیقت تقویت می‌شود که افکار هذیانی معمولاً به شکل راز نگه داشته می‌شوند. یکی از بیماران مانفرد بلولر می‌گفت: "در دنیای خودم قدرت مطلق دارم، در دنیای شما

سیاست مدار هستم." امروزه متخصصان معدودی به "کم حرف" بودن بیمار توجه می‌کنند؛ گاهی فرد از صحبت در مورد برخی موضوعات اجتناب کرده و سکوت می‌کند. کار طولانی مدت با بیمار روان‌پریش نشان می‌دهد که موضوعات زیادی هستند که اگر هم مطرح شوند، بیمار برای بروز دادن آنها به زمان طولانی نیاز دارد. دوکلرآمبو^۱ از "سکوت‌هایی که شاه‌علامت هذیان هستند" صحبت می‌کرد و روان‌پزشکان قرن بیستم در مورد بهبود گیج‌کننده علائم و کم‌حرفی اخطار می‌دادند. بلولر از "حسابداری دو دفتره" بیمار روان‌پریش حرف می‌زد: بیمار می‌داند بسیاری از افراد، افکار و عقاید او را نمی‌فهمند بنابراین آنها را به دقت پنهان می‌کند، حتی اگر در موقعیت محرمانه و خیرخواهانه باشد.

در مورد بیماری که کمی بعد مورد بحث قرار می‌دهیم، بیش از ۳۰۰ جلسه طول کشید تا بیمار به روان‌پزشک جوان خود بگوید که واقعاً در ذهنش چه می‌گذرد. تصور کنید با مصاحبه‌ای به سبک پرسشنامه‌ای و به مدت تنها یک ساعت، چقدر کم می‌توان در مورد بیمار اطلاعات کسب کرد. در واقع موفقیت بسیاری از درمان‌های معاصر به این بستگی دارد که بیمار چقدر می‌تواند روان‌پریشی خود را پنهان کند، یعنی چقدر می‌تواند انتظارات دیگران را برآورده کرده و از آنها تبعیت کند. آنچه در اینجا از دست می‌دهیم آموزه‌های حاصل از مکالمات طولانی مدت است: نه یک ساعت در ماه بلکه مکالمه‌ای که سال‌ها و حتی دهه‌ها ادامه پیدا می‌کند. جالب است که از اواخر قرن نوزدهم ادبیات تحقیق در مورد کم‌حرفی وجود ندارد، انگار که می‌خواهیم چیزی در مورد آنچه برای بیماران مان مهم است ندانیم.

جنبشی که جنون نامشهود را دنبال می‌کرد با انتقاد به اصول تشخیصی آغاز شد. امیل کرپلین و بسیاری از روان‌پزشکان اواخر قرن نوزدهم و اوایل قرن بیستم جایگاه ویژه‌ای برای شکل‌گیری روان‌پریشی قائل بودند؛ آنها اعتقاد داشتند که مسیر بیماری

باید نحوه طبقه‌بندی آن را مشخص کند. به عنوان مثال زوال عقل پیش‌رس به سمت فقر شناختی و عاطفی حرکت می‌کرد. واژه "زوال عقل" به‌طور ضمنی به تجزیه^۱ یا مداخله بیمارگونه^۲ یک فرآیند ارگانیک در روان اشاره می‌کرد که از قوانین غیر قابل بازگشت خود تبعیت می‌کرد. اگر این مسیر طی نمی‌شد بیماری زوال عقل پیش‌رس نبود.

این حرکت پیش‌رونده به سوی زوال عقل، مشخصه تعریف‌کننده بود که آن را از روان‌پریشی مانیک - دپرسیو جدا می‌کرد. به این ترتیب ایده غیر قابل درمان بودن و سیر غم‌انگیز محتوم بیماری، در شکل‌گیری عقاید متداول در مورد جنون نقش داشت. تأکید بر پیش‌آگهی ضعیف و فروپاشی بر شکل گرفتن انتظارات تأثیر جدی داشت؛ اگر حال بیمار خوب به نظر می‌رسید، تشخیص روان‌پریشی قابل طرح نبود. یک روان‌پزشک به انسان شناس آمریکایی تانیا لورمن^۲ در مورد بیماری که تشخیص اسکیزوفرنیا گرفته بود، گفت: "او یک شریک جنسی داشته و عملاً توانسته این مرد را به ازدواج با خودش علاقمند کند، ظاهراً مرد معقولی است و او [یعنی بیمار] توانسته بدون دارو سر کند. فکر نمی‌کنم این تشخیص معنایی داشته باشد." به عبارت دیگر بیمار نمی‌توانست روان‌پریش باشد زیرا زندگی‌اش طوری که انتظار می‌رفت در حال پاشیدن نبود. بنابراین تصوراتی که در مورد تشخیص وجود داشت، متعصبانه عمل می‌کرد؛ اسکیزوفرنیک بودن به معنای این بود که فرد باید به‌طور واضحی در هم بشکند و قادر به جذب کسی نباشد.

تصورات خشک این‌چنینی در دنیای روانکاوی نیز وجود دارند. آریستو کرات روسی سرگئی پنکیف^۳ اولین بار فروید را در سال ۱۹۱۰ دید. فروید پس از چهار سال درمان، گزارشی در مورد او نوشت که به "گرگ مرد" مشهور است. این نام به دنبال رویایی که در آن گروهی گرگ به‌طور هراس‌آوری به او خیره شده بودند، گذاشته شد. او برای یک دوره دیگر تحلیل به مدت کوتاهی به فروید بازگشت و سپس با روت

1. decomposition
2. Tanva Luhmann
3. Sergei Pankejeff